



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU CZAS NA AKTYWNOŚĆ

Wypełnia Beneficjent	
Data i godzina wpływu:	
Podpis osoby przyjmującej:	
Dane podstawowe	Imię i nazwisko
	PESEL
Adres zamieszkania	Kod pocztowy, miejscowość
	Ulica nr domu/lokalu
	Telefon kontaktowy
	<input type="checkbox"/> Nie posiadam
Adres poczty elektronicznej	
<input type="checkbox"/> Nie posiadam	
Dane dodatkowe	Wykształcenie
	<input type="checkbox"/> brak formalnego wykształcenia (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne- zawodowe, średnie (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
	Pracuję
tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
Jestem osobą bezrobotną tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/łem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP przez okres: 0-12 miesięcy <input type="checkbox"/> / 12-24 miesięcy <input type="checkbox"/>	



Jestem osobą bierną zawodową\* tak  / nie

Bierny zawodowo (osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Oświadczam, że nie poszukuję pracy.

Mam orzeczoną stopień niepełnosprawności - tak  / nie

Znaczny  Umiarkowany  Lekki

Mam orzeczoną przez ZUS niezdolność do pracy - tak  / nie

Opiekuję się dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną tak  / nie

**Inne dane (proszę zaznaczyć X w odpowiednich miejscach)** - Dane wrażliwe – Kandydat/-ka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak
2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak
3. Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak
4. Obywatel państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak
5. Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak
6. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> Tak
7. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak

**Informacje o potrzebach specjalnych:**

Tłumacz języka migowego  Tak

Materiały pisane w Alfabetcie Braille'a  Tak

Możliwość uczestniczenia we wsparciu z udziałem psa asystującego  Tak

Inne usprawnienia – jakie? .....

.....  
Data, czytelny podpis kandydata/tki



## Oświadczenie kandydata do projektu „CZAS NA AKTYWNOŚĆ” o spełnieniu warunków udziału w projekcie

Oświadczam, że spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie „Czas na Aktywność”. tj.:

a) **Zamieszkuję na terenie Gminy Libiąż**  TAK  NIE

b) **Spełniam przesłanki wykluczenia społecznego** tj.:

- - osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;

TAK  NIE

- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym; tj. bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, uzależnieni od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, uchodźcy realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

TAK  NIE

- osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;  TAK  NIE

- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. 2022 poz. 1700 z późn. zm.) oraz osoby nieletnie zagrożone demoralizacją i przestępczością;  TAK  NIE

- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii,  TAK  NIE

- osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 poz 44z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 poz. 917);  TAK  NIE

- członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;  TAK  NIE



- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  TAK  NIE
- osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;  TAK  NIE
- osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością  TAK  NIE
- osoby odbywające karę pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym  TAK  NIE
- osoby korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FE PŻ);  TAK  NIE
- osoby należące do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie  TAK  NIE
- Osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.  TAK  NIE
- otoczenie ww. grup docelowych (m.in. rodziny, środowiska lokalne), rodziny osób z niepełnosprawnościami, rodziny z dziećmi doświadczające trudności opiekuńczo-wychowawczych  TAK  NIE

**Oświadczam że:**

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i w pełni akceptuję jego zapisy oraz z własnej inicjatywy wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie.
2. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych i dotyczących mnie zajęciach, podpisywania list obecności, wypełniania ankiet ewaluacyjnych i innych wymaganych dokumentów.
3. Zostałem/-am poinformowany/-na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w dokumentacji fotograficznej tworzonej na potrzeby realizacji projektu, promocji oraz sprawozdawczości.

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym oraz w Oświadczeniach projektu „**CZAS NA AKTYWNOŚĆ**” stanowiących uzupełnienie i integralną część Formularza zgłoszeniowego, są zgodne z prawdą.

Libiąż .....

Data, czytelny podpis kandydata/tki

